Chirurgische Universitätsklinik Berlin · Charité
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Sauerbruch)

Über Lungensyphilis

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin
vorgelegt von

Hella Jochmann
Berlin

Tag der Promotion: 28. Juni 1939

Berlin

Deutsche Zentraldruckerei Aktien-Gesellschaft, Dessauer Straße 6-7

M 90

Meiner lieben Mutter

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Doz. Dr. Diebold

Korreferent: Prof. Dr. P. Gohrbandt

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550804_0107

Die Lungensyphilis bei Neugeborenen von syphilitischen Eltern ist eine häufige Erscheinung, dagegen gehen die Ansichten der meisten Kliniker und Pathologen über diese Lokalisation der Lues beim Erwachsenen stark auseinander.

Beim Studium der Literatur über diese Erkrankung sieht man, daß bis zum Jahre 1858, in der Virchows Arbeit über die Pneumonia alba erschien, verhältnismäßig wenig Fälle beschrieben wurden. Kurze Zeit danach bis zur Entdeckung des Tuberkelbazillus häufen sich dagegen die Beschreibungen über beobachtete Lungensyphilis.

Erst die Erfindung der Röntgenstrahlen und der serologischen Reaktion ermöglicht die Differentialdiagnose zwischen Lungensyphilis und anderen sich langsam entwickelnden Lungenprozessen wie: Tumoren, Pneumokoniosen, Echinokokken, Aktinomykose und vor allem der Lungentuberkulose. Bei der großen Ähnlichkeit der Lungensyphilis mit diesen anderen chronischen Lungenerkrankungen ist es leicht verständlich, daß ohne diese neuen Hilfsmittel früher häufig Irrtümer vorgekommen sind, wodurch sich die wiedersprechenden Statistiken der einzelnen Beobachter erklären lassen.

Da gerade bei der Lungensyphilis die Heilerfolge um so günstiger sind, je früher man mit der Behandlung beginnt, muß man bestrebt sein, das klinische Bild dieser Erkrankung immer schärfer zu umfassen, um die Lungensyphilis möglichst frühzeitig zu diagnostizieren.

Die Kenntnis von einer spezifischen Erkrankung der Lungen geht bis weit in das Mittelalter zurück. Nach Pankretius finden sich schon bei Ärzten des Mittelalters, angefangen bei Paracelsus, Andeutungen über die Phtisis syphilitica. Nach der Meinung von Virchow, Flockemann und Herxheimer ist die Umreißung eines spezifisch syphilitischen Zustandsbildes unmöglich. Nur fallsweise kann man durch differentialdiagnostische Erwägungen zu einem mehr oder weniger festen Urteil kommen.

Über die Häufigkeit dieser Erkrankung bestehen die verschiedensten Ansichten. Rößle kommt nach Untersuchung von 25 Fällen, die er im Laufe der Jahre selbst seziert hat, zu der Ansicht, daß die Lungensyphilis genau so oft vorkommt wie die Knochen- und Leberlues. Auch Watkins findet 172 Fälle unter 6500 röntgenologisch untersuchten Patienten, während sich unter 13 000 anatomischen Präparaten des Army Medical Musiums in Washington nach Clayton keine einzige Lungensyphilis fand.

Pathologie.

Neben den Lungenbefunden, die die Lues acquisita im Tertiärstadium hervorrufen kann, sind noch einige Fälle beschrieben worden, wo auf Grund einer Lues congenita Lungenveränderungen auftreten. Diese machen sich erst in der Pubertät bemerkbar, einer Zeit, in der an den Organismus besonders große Ansprüche gestellt werden. Das Krankheitsbild entspricht genau dem der Lues acquisita und wird als Lues congenita tarda bezeichnet.

Die syphilitischen Lungenprozesse befallen hauptsächlich den Unter- und Mittellappen, fast nie die Spitzen. Der Prozeß entwickelt sich meist einseitig, und zwar wird hier die rechte Seite bevorzugt. Die Funktion dieser Lunge kann vollkommen aufgehoben sein.

Es sind die verschiedensten Einteilungen der Lungensyphilis gemacht worden. Rößle, der sich besonders mit der Pathologie dieses Krankheitsbildes befaßt hat, teilt die Lungensyphilis in zwei Formen ein:

1. die gummöse,
2. die interstitielle.

Die gröbste Form, die gummöse oder die syphilitische kavernöse Phtise, die durch zentralen Zerfall und Erweichung der Gummen zustande kommt, ist selten. Diese Gummen, die in ihrer Größe sehr verschieden sind, befallen alle Teile der Lungen mit Ausnahme der Spitzen gleich häufig. Sie haben Neigung rasch zu verkäsen, aber seltener zu zerfallen. Sie resorbieren sich häufig unter Zurücklassung sternförmiger Narben. Oft entstehen Schwielenbildungen, in denen im Gegensatz zu den tuberkulösen niemals Verkalkungen zu finden sind. Dies wird von Rößle als charakteristisch für Lungensyphilis bezeichnet. Die Gummen gehen mit Vorliebe eine bindegewebige Umwandlung ein. Sie können durch

starke Verschwielung der Pleura und des Mediastinums zu tiefen Einziehungen führen und so den von Virchow beschriebenen Pulmo lobatus bilden. Nach Lubarsch besteht der differentialdiagnostische Unterschied zwischen Lues und Tuberkulose darin, daß im gummösen Gewebe die epitheloiden vor den Granulationszellen zurücktreten, und daß die in den Gummen reichlich vorhandenen Fibroblasten und Bindegewebsfasern im Tuberkel nur spärlich zu finden sind.

Die häufigere Form der Lungensyphilis ist die interstitielle, von Orth auch indurative Form genannt. Im Beginn überwiegen die entzündlichen Erscheinungen am Bindegewebe. Nach Rößles Untersuchungen werden folgende Abschnitte befallen:

1. das Mesenchym der Alveolarsepten,
2. interlobuläres und peribronchales Bindegewebe,
3. das subpleurale System der Bindewebsmaschen und Lymphspalten.

Im Anfangsstadium, in dem es noch nicht zu Schrumpfungen gekommen ist, ist diese Form sehr schwer zu erkennen. Im mikroskopischen Bilde findet sich nach Rößle: kein Exsudat in den Alveolen, geringer Epithelkatarrh, Verdickung der Alveolen durch entzündliches Infiltrat, bestehend aus Lymph-, Plasma- und Spindelzellen. Die Bronchialwände sind entzündet und die Arterien zeigen stellenweise obliterierende Endarteritis. Später kommen strang- und netzartige Narbenzüge zur Ausbildung, die sich strahlenförmig von der Hilusgegend zur Peripherie des Unter- und Mittellappens ziehen. Charakteristisch ist für sie, daß sie frei von anthrakotischem Pigment sind. Die Pleura ist meistens glatt verdickt, was von Rößle, Homa und Hagenauer als spezifisch für Lungensyphilis bezeichnet wird. Je weiter die Vernarbung innerhalb der Lunge fortgeschritten ist, desto leichter ist die Diagnosenstellung. Es finden sich dann längs der Gefäße und Bronchien netzartig helle, sehnig glänzende Narbenstränge. Folgezustände dieser Vernarbungen sind Bronchiektasen und Bronchostenosen. Nach Tanaka gibt es noch ein anderes Zeichen für die Lungensyphilis. Es treten glatte Muskelfasern gemischt mit Bindegewebsfasern in interlobulären und interalveolaren Septen auf. Sie wuchern sogar ab und zu in das Exsudat der Alveolarlichtung hinein und beteiligen sich so an seiner Organisation. Da die feinen Narben der interstitiellen Form hauptsächlich im Hilusgebiet des Mittel- und Unterlappens liegen, nimmt man an, daß die mechanisch am meist

in Anspruch genommenen Partien der Lunge am stärksten von dem Prozeß ergriffen werden.

Klinischer Befund.

Das klinische Bild der Lungensyphilis soll an Hand der Beobachtung einer Patientin auf der Lungenabteilung der chirurgischen Universitätsklinik der Charité beschrieben werden.

Es handelt sich um eine 23jährige Patientin, die am 7. 5. 36 in die Klinik eingewiesen wurde. Beide Eltern waren angeblich gesund, hatten aber früher eine Lues gehabt und mehrere Salvarsankuren durchgemacht. Zwei Geschwister von 13 und 14 Jahren sind gesund. Die Patientin selbst war niemals ernstlich krank gewesen. Geburten oder Fehlgeburten hat sie nicht gehabt, auch geschlechtskrank ist sie nicht gewesen.

Im Herbst 1927 trat bei der Patientin Husten mit Auswurf von eitriger Beschaffenheit auf. Eine gewöhnliche Erkältungskrankheit wurde angenommen, die eingeleitete Behandlung aber blieb erfolglos. Der Husten wurde schlimmer und der Auswurf nahm zu.

Vier Jahre später war die Auswurfsmenge auf 50 ccm täglich angestiegen und hatte rein eitrigen Charakter angenommen. Mattigkeit und Schweißausbrüche kamen hinzu. Die Temperatur ging in die Höhe und erreichte gelegentlich 39°. Vom Arzt wurde jetzt eine Rippenfellentzündung festgestellt. Diese Erkrankung dauerte über den ganzen Winter, ein Gewichtsverlust von 4 kg trat ein. Die Schweiße hielten an.

Im Frühjahr des nächsten Jahres arbeitete die Patientin wieder, obgleich sich ihr Zustand nicht gebessert hatte und sie auch jetzt heftige Kreuzschmerzen links verspürte. In den nächsten fünf Jahren änderte sich an ihrem Zustand nichts. Ende 34 wurde sie wegen wieder zunehmender Beschwerden krank geschrieben. Mit der Diagnose einer Rippenfellentzündung erfolgte ihre Einweisung in eine Lungenheilstätte. Fieber und Auswurf hielten dort an. Mehrfache Punktionen der Brusthöhle blieben ergebnislos. Während des Heilstättenaufenthaltes verlor sie weitere 9 kg. Nach der Entlassung aus dem Sanatorium trat eine erhebliche Besserung des Allgemeinzustandes und eine Gewichtszunahme von 14 kg ein. Aber noch im selben Jahre, Ende 1935, entstand wegen erneuter Verschlechterung wieder der Verdacht auf das Bestehen einer Lungentuberkulose. Sie wurde das zweitemal in der Heilstätte aufgenommen. Während dieses Aufenthaltes wurde

im April 1936 die Diagnose Lungentuberkulose abgelehnt und die Kranke zur Klärung des Befundes der chirurgischen Klinik der Charité überwiesen, wo sie im Mai 1936 Aufnahme fand.

Die klinische Untersuchung ergab eine mittelgroße, fettleibige Kranke. Haut und Schleimhäute zeigten gute Durchblutung. Die Muskulatur war gut entwickelt. Außer einer leichten subikterischen Verfärbung der Skleren fand sich am Kopf nichts Auffälliges. Die Augenbewegungen waren frei, die Pupillen reagierten prompt auf Licht und Konvergenz. Sie waren nicht entrundet. Nase, Ohren und Mundhöhle hatten nichts Besonderes.

Drüsenschwellungen konnten am Halse nicht nachgewiesen werden, die Schilddrüse war nicht vergrößert. Bei der physikalischen Untersuchung des Thorax fiel auf, daß die linke Herzgrenze fast links bis zur vorderen Axillarlinie reichte, während die rechte mit dem linken Sternalrand zusammenfiel. Die Herztöne waren rein, die Herzaktion regelmäßig.

Über der rechten Lunge war der Klopfschall laut, das Atemgeräusch überall vesikulär. Die Grenzen waren gut verschieblich.

Über der ganzen linken Lunge bestand eine starke Schallverkürzung, das Atemgeräusch war abgeschwächt und im Bereich der vorderen Brustwand von bronchalem Charakter. Über den oberen Abschnitten im Bereich der 1. bis 4. Rippe waren knackende und knarrende Geräusche hörbar, die nach der Seite hin zunahmen. Die Zwerchfellgrenze stand links höher als rechts. Verschieblichkeit bestand nicht.

Auf die Einzelheiten des Lungenbefundes komme ich später im Zusammenhang noch einmal zurück.

Am Abdomen war ein krankhafter Befund nicht zu erheben. Nirgends bestand eine Resistenz oder eine Druckempfindlichkeit. Leber und Milz waren nicht vergrößert.

Die Gliedmaßen waren von normaler Beschaffenheit, die Untersuchung des Zentralnervensystems ergab ebenfalls nichts Außergewöhnliches.

Physikalischer Befund.

Der physikalische Befund der Lungensyphilis entspricht, wie auch in dem hier beobachteten Fall, genau dem Bild der akuten und chronischen Bronchitis mit und ohne Bronchiektasen und ebenso der akuten und chronischen Pneumonie. Bei Vorhanden-

sein von Bronchiektasen hört man reichlich mittel- und grobblasige Rasselgeräusche, die charakteristischerweise fast nie ihre Lokalisation ändern. Tympanitischer Perkussionsschall über den erkrankten Lungenabschnitten kann vorhanden sein.

Das Atemgeräusch über den befallenen Partien ist nach dem Zustand des Lungengewebes verschieden. Es ist rein vesikulär, bronchial oder abgeschwächt. Hat die Pleura an der Erkrankung der Lunge teilgenommen und haben sich dicke Schwarten gebildet, so ist eine genaue Ortsangabe des betroffenen Lungenteils unmöglich. Im allgemeinen lokalisieren sich die Prozesse im Mittel- und Unterlappen der rechten Seite, während bei dieser Patientin, abweichend vom typischen Krankheitsbild, nur die linke Lunge befallen ist.

Bei Bronchiektasenbildung kann es schon äußerlich zu sichtbaren Einziehungen kommen. Verkleinerung der Interkostalräume, wie auch in unserem Fall, und leichte Grade von Skoliosen sind beschrieben worden.

Sputumbefund.

Das Sputum der Lungensyphilis sieht genau so aus wie das Sputum aller anderen chronischen Lungenerkrankungen. Vom Sputum der Tuberkulose unterscheidet es sich nur durch das Fehlen der Kochschen Bazillen. Anfangs ist es nur schleimig. Später bei Bildung von Bronchiektasen und Stagnation kann es, wie auch in dem beschriebenen Fall, rein eitrig werden und im Sinne der maulvollen Expektoration auftreten. Da sich nachts reichlich Sekret ansammelt, erfolgt am Morgen eine stärkere Ausscheidung. Diese ist dann meist dünnflüssiger. Findet das Sekret in den erweiterten Bronchien keinen Abfluß, so kommt es zur Zersetzung. Auch Blutbeimengungen sind häufig. Oft kommt es sogar zu richtigen Hämoptysen. Das Vorkommen von elastischen Fasern ist beim syphilitischen Sputum selten, da gerade diese Fasern gern in den Gummen selbst zugrunde gehen. Bei Erweichung von Gummen enthält das Sputum abgestoßene Gewebsfetzen. Ist die Trachea oder die großen Bronchien von dem Prozeß mitergriffen, so können sogar Knorpelstücke im Sputum enthalten sein.

Das Auffinden von Spirochäten ist noch nicht gelungen. In den wenigen beschriebenen Fällen scheint es sich um Mundflora gehandelt zu haben.

Serologischer Befund.

Über den Wert des positiven Ausfalls der Wassermannschen Reaktion sind die Ansichten geteilt. Obgleich sich diese Reaktion in der Praxis sehr wertvoll für die Erkennung der Syphilis erwiesen hat, kann man unmöglich allein aus ihrem positiven Ausfall bei einer chronischen Lungenerkrankung eine Lungensyphilis diagnostizieren. Unspezifische Reize können bei schwer exudativer Phtise, beginnender Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten wie Scharlach, Malaria und Trypanosomenkrankheiten, sogar bei malignen Tumoren eine positive Reaktion zur Folge haben. Ebenso schließt aber auch die negative Wassermannsche Reaktion nicht mit absoluter Sicherheit das Vorhandensein einer syphilitischen Erkrankung aus, da gerade bei deren Spätform oft diese Reaktion nicht mehr positiv ist. In solchen Fällen sind dann die feineren Flockungsreaktionen unbedingt zur Sicherung der Diagnose mit heranzuziehen.

Sind, wie bei dieser Patientin, auch alle Ergänzungsreaktionen stark positiv, so ist bei Ausschluß aller anderen Lungenerkrankungen das Bestehen einer Lungensyphilis sehr wahrscheinlich.

Wenn ein Exsudat in der Pleurahöhle vorhanden ist, so ist in ihm die Wassermannsche Reaktion noch stärker positiv als im Blut.

Röntgenbefund.

Einen eindeutigen Röntgenbefund der Lungensyphilis gibt es wegen der Mannigfaltigkeit der verschiedenen Formen nicht. Rothschild behauptet, daß die ersten Zeichen einer bestehenden Lungensyphilis schon vier Wochen nach dem Primäraffekt im Röntgenbild sichtbar sind. Das wird allerdings von den übrigen Autoren bestritten. Schon in der vierten Woche sollen geschwollene, undeutlich umgrenzte Hilusdrüsen zu sehen sein.

Die miliare Form (Goedel) ist sehr selten beobachtet. Sie hat eine relativ große Ähnlichkeit mit der Miliartuberkulose, die sich aber im Gegensatz zu ihr meist gleichmäßig über beide Lungen ausbreitet. Nach Schilling werden bei der Lungenlues zellreiche, kleinere mittelweiche bis härtere Schattenbildungen ohne bestimmte Lokalisation gefunden. Während die Herdschatten bei der Tuberkulose und Pneumokoniose in einer bestimmten Anordnung zu finden sind, erfolgt die Ausbreitung bei der Syphilis völlig wahllos. Größere Gummen können an den verschiedensten Stellen der Lunge solitär oder multipel als rundliche, scharf um-

grenzte Schatten vorkommen. Sie treten vorzugsweise im Mittel- und Unterlappen der rechten Lunge auf. Differentialdiagnostisch wichtig gegenüber dem Bild eines fortschreitenden malignen Tumors ist die Beobachtung der Gummenschattengrenzen, die im Gengensatz zu denen bei malignen Tumoren scharf sind.

Bei der interstitiellen, der am häufigst auftretenden Form der Lungensyphilis, wird hauptsächlich das peribronchiale und interlobuläre Bindegewebe ergriffen. Bevorzugt wird auch hier der rechte Unter- und Mittellappen. Aßmann und Staehelin sprechen bei der interstitiellen Erkrankung von einem Schattengebilde, das wie ein spinnwebartiges Netzwerk vom Hilus aus sich in das Lungengewebe hineinzieht und von dem aus sich dann weitere feine Stränge und Ausläufer bis in die Peripherie der Lunge erstrecken. Besonders in der Hilusgegend können die Infiltrate größeren Umfang annehmen und hier zu starker Schwielenbildung Anlaß geben. Kommt es zu narbiger Schrumpfung, so können sekundär, wie auch in dem hier beobachteten Fall Bronchiektasen und Stenosen entstehen. Wenn die Erkrankung sehr weit fortgeschritten ist, treten flächenhafte, dichte Verdunkelungen des ganzen betroffenen Lungenfeldes auf. Bei dieser Pat. besteht eine vollkommene Verschattung der linken Lunge. Nur in den hinteren Abschnitten des Oberfeldes sind mehrere dicht beieinander liegende etwa kirschkerngroße Aufhellungen sichtbar.

Differentialdiagnostisch ist gegen die interstitielle Form kardiale Stauung, Aktinomykose, Lymphogranulomatose und Bronchialkarzinom abzugrenzen. Besondere Schwierigkeiten bestehen darin, daß die einzelnen Formen der Lungensyphilis nicht immer vollkommen getrennt voneinder vorkommen

Diagnose.

Zur Diagnose Lungensyphilis kann man nur durch Ausschluß aller anderen chronischen Lungenerkrankungen kommen. Außerdem muß alles berücksichtigt werden, was irgendwie den Verdacht auf diese Erkrankung lenken kann. Luetische Infektion der Eltern, wie bei unserer Patientin, Fehlgeburten, Aborte, Orchitis, Keratitis, syphilitische Knochen- und Hautaffektionen, Gaumendefekte, Tabes und gummöse Erkrankungen der Nachbarorgane sind wichtige Hinweise. Ob es sich im einzelnen Falle um eine syphilitische Lungenerkrankung oder um eine pulmonale, nicht spezifische Affektion bei einem Syphlitiker handelt, ist immer zu erwägen.

Bei der häufigen Lokalisation von Gummen in der Trachea und den größeren Bronchien ist dem Kliniker das Bronchoskop ein wertvolles Hilfsmittel, das sogar schon die in der Sekundärperiode auftretenden Katarrhe, in Form von geschwollenen Drüsen, erkennen läßt. Allerdings wird von vielen Autoren eine scharfe Trennungsmöglichkeit zwischen den gewöhnlichen Bronchialkatarrhen und Bronchopneumonien gegenüber den syphilitischen bestritten. Auch bei dieser Kranken wurde das Bronchoskop als Hilfsmittel herangezogen. Es ergab den typischen Befund eines Gummas an der Abgangsstelle des unteren linken Hauptbronchus in Form von blutenden Narben und Granulationen.

Differentialdiagnostisch ist besonders wichtig, die Tuberkulose gegen die Lues abzugrenzen. Die Tuberkulose befällt im Frühstadium besonders gern die Oberlappen. Besserer Ernährungszustand, Fehlen von Fieber und größere Dyspnoe, die durch die stärkeren Bindegewebsveränderungen erklärt werden, deuten auf eine Lues hin. Bei der Unterscheidung der beiden Krankheiten ist das Röntgenbild äußerst aufschlußreich. Ein einseitiger massiver Hilusschatten mit derber Ausstrahlung in den Unterlappen wie das Fehlen von jeglicher Kalkbildung spricht für eine syphilitische Erkrankung der Lungen. Bei der Tuberkulose dagegen sind die hilusnahen Schatten mehr knötchenförmig und lassen häufig Kalkeinlagerungen erkennen. Außerdem befällt die Tuberkulose gern einen ganzen Lungenlappen und schließt hier genau mit dessen Grenzen ab.

Gegen die kardiale Stauung ist die Lues meist schon durch das klinische Bild abzugrenzen. Röntgenologisch zeigt die Stauungslunge eine Verstärkung und Verbreiterung der Hili, und zwar im Gegensatz zur Lues gleichmäßig nach beiden Seiten.

Isolierte Gummen sind gegen Sarkome, die auf Röntgenbestrahlung einschmelzen und mit schwerer Kachexie einhergehen, ziemlich leicht abzugrenzen.

Pneumokoniosen setzen den Aufenthalt an Orten voraus, an denen Gelegenheit zur Staubinhalation gegeben ist. Hier kann man eventuell Metallstaub oder Kohlepartikel in Zellen eingeschlossen im Sputum finden. Außerdem steht hier eine chronische Bronchitis im Vordergrund der Beschwerden, da die Schleimhaut durch die kleinen Staubteilchen dauernd erneut gereizt wird. Im Röntgenbild sieht man eine beträchtliche Vergrößerung und Trübung der Hili nach beiden Seiten. Die Verdunklung entsteht durch

die in den Drüsen abgelagerten Staubteile und die Verbreiterung durch perifokale entzündliche Reaktion.

Bei der Abgrenzung gegen Abszesse gibt die Vorgeschichte meist schon einen sicheren Hinweis. Umschriebener Druckschmerz im Bereich der Infiltration, der bei Lungensyphilis nie vorhanden ist, verstärkt die Vermutungsdiagnose. Außerdem findet man bei Abszessen eine Leukozytose und Linksverschiebung im Blut. Hohes Fieber und eine beschleunigte Senkung sind immer vorhanden. Im Anfang, wenn die eitrige Einschmelzung noch nicht entstanden ist, sind die Röntgenbilder sehr uncharakteristisch. Später aber, wenn es zur Entstehung von Höhlen, die mit Eiter gefüllt sind, gekommen ist, sieht man deutlich in der Mitte von Infiltrationen kreisrunde Aufhellungen. Diese sind je nach Füllung der Höhle mit Eiter verschieden. Morgens vorm Aushusten findet man keine Aufhellung, sondern eine verschwommene gleichmäßige Verdunkelung. Bei teilweiser Füllung sieht man im unteren Abschnitt einen dichten Schatten, der durch eine waagerechte gerade Linie abgegrenzt ist. In wechselnder Körperlage stellt sich der Flüssigkeitsspiegel stets waagerecht ein.

Gegen die indurative Pneumonie ist eine Unterscheidung im Röntgenbild beinahe unmöglich. Man kann hier nur eine Unterscheidung treffen, wenn sie im Oberlappen lokalisiert ist und wenn Hilusverdichtungen und Ausstrahlungen in die Peripherie fehlen. Außerdem muß ein negativer serologischer Befund vorhanden sein.

Bei der Aktinomykose, die ebenso chronisch wie die Syphilis verläuft, findet man im späteren Stadium über den indurierten Partien ein ausgeprägtes Oedem der Haut, das teilweise von Fistelgängen durchsetzt sein kann. Im Sputum sind manchmal auch Aktinomyzenkörner zu finden.

Eine weitere Sicherung der Diagnose ist durch den Erfolg einer antisyphilitischen Kur gegeben. Es ist unbedingt notwendig, bei allen unklaren Lungenerkrankungen, wenn irgendwie eine Lungensyphilis in Frage kommen könnte, mit einer spezifischen Kur zu beginnen. Auf Echinokokken, für die schon die Eosinophilie im Blut einen wichtigen Hinweis gibt, Dermoide und Fibrome hat die antisyphilitische Behandlung keinerlei Erfolg, so daß hier die Differentialdiagnose sichergestellt ist.

Aus all diesen Erwägungen erkennt man, daß die Diagnose äußerst schwierig ist. Nur die Gesamtheit der Erscheinungen, die Übereinstimmung des physikalischen Befundes mit dem Ergebnis der röntgenologischen Untersuchungen, Einseitigkeit der Erschei-

nungen, positive Seroreaktion und Besserung unter spezifischer Therapie nach Fehlschlagen jeder anderen Behandlung ermöglichen die Diagnose.

Therapie.

Die Behandlung der Syphilis muß sich genau nach dem Grade der Erkrankung und der luetischen Veränderung der Lunge richten. Bei unkomplizierter Lungensyphilis muß unter Berücksichtigung des Zustandes sofort mit der antisyphilitischen Behandlung begonnen werden. Bei richtiger Anwendung der Präparate ändert sich schon nach kurzer Zeit der Allgemeinzustand und das klinische Bild. Der Röntgenbefund kann lange Zeit annähernd gleich bleiben, während sich der Patient subjektiv schon bedeutend wohler fühlt. Bei Kombination von Lues mit Tuberkulose muß die Behandlung genau auf den Zustand des Kranken abgestimmt sein, da sonst neue Einschmelzungen oder Aufbrechen einer bis dahin latenten Tuberkulose zustandekommt. Bei der Syphilis ist es wichtiger als bei allen anderen Krankheiten, langsam mit der Behandlung zu beginnen und sich mit immer stärkeren Dosen einzuschleichen.

Bei der Behandlung kommen Jodpräparate, Quecksilber, Wismut und Salvarsan zur Anwendung. Bei unserer Kranken wurde mit Jodkali begonnen und dieses über einen Monat lang in der üblichen Dosierung gegeben. Die Jodverbindungen wirken allerdings schwächer als Salvarsan und Wismut, man hat aber die Beobachtung gemacht. daß gerade ältere Erscheinungen an Haut und Schleimhaut wie an den inneren Organen günstiger durch Jodalkalien zu beeinflussen sind. Die Gewebsverdichtungen des dritten Stadiums können durch Jod leicht aufgesaugt werden. So erklärt sich auch die Besserung im Befinden der beobachteten Kranken.

Im dritten Stadium der Syphilis darf man sich mit der Jodbehandlung allein nicht zufrieden geben, da sonst Rückfälle entstehen würden. Wismut und Salvarsan muß außerdem gegeben werden. So wurde auch bei dieser Patientin nach einem Monat mit Wismut und Salvarsan begonnen. Diese beiden Präparate beseitigen nicht nur die Erscheinungen, sie greifen die Spirochäten selbst an. Außerdem wird durch Salvarsan und Wismut das Allgemeinbefinden des Patienten gehoben und die Abwehrkräfte des Körpers gestärkt.

Bei der Anwendung von Salvarsan muß man vorsichtig dosieren, da es sonst leicht zu profusen Hämoptoen kommen kann. Die

antiluetische Behandlung ist solange fortzuführen, bis die Wassermannsche Reaktion negativ ist. Dann müssen im Abstand von einer gewissen Zeit mindestens noch ein bis zwei Kuren angeschlossen werden. Eine chirurgische Therapie tritt dann in ihre Rechte, wenn es durch die schrumpfenden Prozesse zu ausgedehnter Bronchiektasenbildung gekommen ist oder wenn eitrige Komplikationen die Gefahr einer Amyloidose herbeiführen. In diesen Fällen erfolgt die chirurgische Behandlung so, als wenn es sich um nicht syphilitische Prozesse handeln würde.

Prognose.

Die Prognose der Lungensyphilis ist im allgemeinen um so günstiger, je früher die antisyphilitische Kur eingeleitet wird. Wird die spezifische Kur richtig durchgeführt, so sind auch weit fortgeschrittene Fälle noch zu beeinflussen. Narbenbildungen und Defekte können selbstverständlich nicht verändert werden. Am sichersten ist die rein gummöse Form zu bessern. Diese geht auf strenge Behandlung oft vollkommen zurück, ohne irgendwelche klinischen Erscheinungen zu hinterlassen.

Vollkommene Heilung ist beschrieben worden, bewiesen an Sektionen von Syphilitikern, bei denen Narben an Trachea und Lunge als Nebenbefunde entdeckt wurden, die klinisch keine Zeichen einer Lungensyphilis mehr geboten hatten. Dagegen führt die Mehrzahl der nicht behandelten Fälle, besonders die mit ausgesprochenen klinischen Symptomen, ohne Behandlung zum Tode.

Zusammenfassung.

Bei dem vorliegenden Fall handelt es sich um einen der seltenen Fälle einer Lues congenita tarda mit Lokalisation gummöser Prozesse in der linken Lunge. Was die Diagnose erschwert, ist die uncharakteristische Lokalisation der Prozesse im linken Oberlappen. Differentialdiagnostisch war Tuberkulose wegen Fehlens irgendeines Anhaltspunktes sowohl anamnestisch wie klinisch auszuschließen. Die häufig gemachten Sputumuntersuchungen waren immer negativ. Die serologische Reaktion war dauernd positiv. Die lebhaften Entzündungsvorgänge mit den für luetische Einschmelzungen charakteristisch folgenden Schrumpfungen haben durch Abflußstauung zahlreicher kleinerer Bronchien zu Bronchiektasenbildung im Ober- und Mittelfeld geführt. Ein isolierter gummöser Prozeß an der Abgangsstelle des unteren linken Hauptbronchus hatte diesen vollkommen stenosiert

und zu erheblicher Schrumpfung des dazugehörigen Lappens geführt. Er nahm an der Atmung nicht mehr teil und stellte sich im Röntgenbild als massive Verschattung dar. Besserung des subjektiven Befindens durch die Jodbehandlung wie durch die kombinierte Kur verstärkten den Verdacht auf einen luetischen Prozeß immer mehr. Daß im Röntgenbild nach relativ so kurzer Behandlung keine größere Änderung eingetreten ist, stimmt mit dem, was über die Lungenlues bekannt ist, vollkommen überein. Wie könnte ein so verschwarteter mit Bronchiektasen kombinierter Prozeß in so kurzer Zeit eine Änderung erfahren? Daß die antisyphilitische Behandlung auf isolierte Gummen gut einwirkt, hat sich in dem beschriebenen Fall gezeigt.

Schon nach einfacher Jodkalibehandlung hat sich die Stenosierung des unteren Hauptbronchus etwas gebessert. Der Eingang des unteren Hauptbronchus erschien im bronchoskopischen Bild nicht mehr so eng, dem entsprachen auch vorübergehende einzelne Rasselgeräusche im Unterlappen. Um einen vollkommenen Stillstand des Prozesses und eine weitere Besserung zu erreichen, muß die Patientin allerdings noch in Behandlung bleiben und sich noch mehreren antisyphilitischen Kuren unterziehen.

Literaturangabe.

Aßmann: Klin. Röntgendiagn. inn. Krankh. 1924

Deise, H.: Klin. Woch. Nr. 7 1929, S. 314—318

Dienst, C.: Röntgenprax. 4, 703—10, 1932

Duenner, L., Leeser und H. Blume: Die Lungensyphilis der Erwachsenen. 1931

Groedel: 12. Tagung der Röntgenges.

Homa, H. u. Hagenauer, F.: Wien. Klin. Woch. Jg. 38, Nr. 10 S. 269

Lieven, A.: Handb. d. Haut- u. Geschlechl. Krankh. Bd. 16 S. 765—810

Mathes: Lehrb. d. Differentialdiagn. innerer Krankh.

Rothschild: Münch. Med. Woch. Jg. 1918. S. 1199

Sauerbruch: Chirurgie der Brustorgane. Bd. I

Schilling, C.: Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 37, H. 3. S. 442

Schröder, G.: Tuberkulose, Jg. 4, Sonderheft 38, 944, S. 33

Staehelin: Handbuch der inn. Medizin

Henke, F., Lubarsch: Handbuch d. spez. path. Anatomie u. Histologie, Bd. 3

Roeßle, R.: Münch. Med. Woch. 1918, Nr. 36, S. 992—94

Zieler: Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten

Lebenslauf.

Als Tochter des verstorbenen Professors Dr. med. Georg Jochmann, dirigierenden Arztes der Infektionsabteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, wurde ich am 28. Oktober 1911 in Berlin geboren. Nach dreizehnjähriger Schulzeit in der Auguste-Viktoria-Schule in Charlottenburg wurde ich Ostern 1932 an der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin immatrikuliert. Hier machte ich im Sommer 1937 mein Staatsexamen mit der Gesamtnote „sehr gut". Als Medizinalpraktikantin war ich sieben Monate an der Universitätshautklinik der Charité und fünf Monate in der II. Med. Klinik der Charité tätig.

Vom 1. Januar 1939 bis 15. April arbeitete ich als Volontärassistentin auf der neurologischen Abteilung der Universitätsnervenklinik der Charité. Seit dem 15. April bin ich als Volontärassistentin in der gynäkologischen Poliklinik der Universitätsfrauenklinik der Charité tätig.